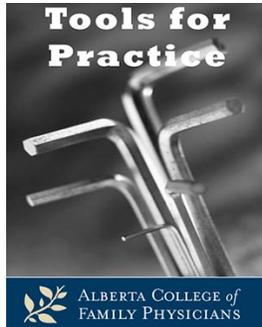


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

20 juillet 2015



Douleur dorsale aiguë : la cyclobenzaprine représente-t-elle une option raisonnable?

Question clinique : Quelle est l'efficacité de la cyclobenzaprine pour traiter la douleur dorsale aiguë?

Conclusion : La cyclobenzaprine est associée à une réduction de la douleur et à une augmentation de l'amélioration globale par rapport au placebo chez un patient sur trois à neuf pendant la première semaine. La cyclobenzaprine est aussi bonne que le diazépam, ou meilleure. Une dose de 5 mg de cyclobenzaprine trois fois par jour (demi-comprimé) est aussi efficace que 10 mg trois fois par jour et entraîne moins de somnolence.

Données probantes

- Revues systématiques et essais cliniques randomisés (ECR) plus récents :
 - Relaxants musculaires non-benzodiazépines par rapport au placebo – trois revues systématiques (de 9 à 46 ECR et de 820 à 5 401 patients) ont constaté des différences statistiquement significatives¹⁻³ :
 - Douleur : Réduction d'environ 12 points sur l'échelle visuelle analogue de 100 points après 10 jours¹.
 - Douleur : Atteinte d'une « réduction de la douleur » non définie, nombre de sujets à traiter (NST)=4-7 après deux et sept jours².
 - Efficacité globale² : Atteinte d'une « cible » non définie, NST=4 après deux et quatre jours.
 - Cyclobenzaprine par rapport au placebo :
 - Une revue systématique (14 ECR, 3 023 patients)⁴ :
 - Amélioration globale, NST=3 après environ 10 jours.
 - Deux publications comportant chacune deux ECR, que nous avons regroupées et pour lesquelles nous avons établi les statistiques :
 - Dosage (1 389 patients)⁵ :
 - Soulagement de la douleur dorsale : 50 % pour 5 mg de cyclobenzaprine trois fois par jour par rapport à 38 % pour le placebo après sept jours, NST=9 (p<0,001).

- Aucune différence : 5 mg par rapport à 10 mg ou 2,5 mg par rapport au placebo.
- Libération prolongée ou immédiate : 504 patients⁶.
 - Aucune différence : 30 mg à libération prolongée une fois par jour par rapport à 10 mg à libération immédiate trois fois par jour.
- Cyclobenzaprine et ibuprofène, trois ECR⁷⁻⁹ :
 - Plus vaste essai (867 patients) : L'ajout d'ibuprofène ne comporte aucun effet bénéfique⁷.
 - Deux petites études de l'entorse du dos et du cou (77 et 61 patients) : Trop impuissantes du point de vue statistique pour permettre de constater des différences^{8,9}.

Contexte

- Préoccupations : La plupart des essais ont été commandités par l'industrie⁴; petits échantillons; courte durée; cibles mal définies; manque de clarté quant à la signification clinique des seuils.
- Aucune différence quant à l'efficacité de différents relaxants musculaires, mais la cyclobenzaprine a été évaluée de façon plus constante³.
- Autres médicaments :
 - La cyclobenzaprine est meilleure que le diazépam ou équivalente³.
 - Il manque d'autres comparaisons directes, mais par rapport au placebo :
 - Acétaminophène : Aucun effet sur la douleur dorsale¹⁰.
 - AINS : NST=11 pour l'amélioration globale¹¹.
- Événements indésirables : Somnolence proportionnelle à la dose administrée et sécheresse buccale⁵ :
 - Toute somnolence⁵ : 10 % pour le placebo, 29 % pour 5 mg trois fois par jour et 38 % pour 10 mg trois fois par jour.
 - Une dose de 10 mg trois fois par jour a causé plus de somnolence qu'une dose de 5 mg trois fois par jour, nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=12.
 - Interruption en raison de la somnolence⁵ : 0,8 % pour le placebo, 2,5 % pour 5 mg trois fois par jour et 5,2 % pour 10 mg trois fois par jour.
- Les lignes directrices recommandent la cyclobenzaprine pour le traitement de la lombalgie aiguë¹².

Auteurs

Émélie Braschi, Ph. D., M.D., et G. Michael Allan, M.D., CCFP

Divulgestion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, *Rheumatology (Oxford)*, 2009, 48 : 520-527.
2. Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, *Cochrane Database System Rev*, 2003, 4 : CD004252.
3. Chou R, Peterson K, Helfand M, *J Pain Symptom Manage*, 2004, 28 : 140-175.
4. Browning R, Jackson JL, O'Malley PG, *Arch Intern Med*, 2001, 161 : 1613-1620.
5. Borenstein DG, Korn S, *Clin Ther*, 2003, 25 : 1056-1073.
6. Malanga GA, Ruoff GE, Weil AJ, *et al.*, *Curr Med Res Opin*, 2009, 25 : 1179-1196.
7. Childers MK, Borenstein D, Brown RL, *et al.*, *Curr Med Res Opin*, 2005, 21 : 1485-1493.
8. Turturro MA, Frater CR, D'Amico FJ, *Ann Emerg Med*, 2003, 41 : 818-826.

9. Khwaja SM, Minnerop M, Singer AJ, CJEM, 2010, 12 : 39-44.
10. Williams CM, Maher CG, Latimer J, *et al.*, Lancet, 2014, 384 : 1586-1596.
11. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2008, 1 : CD000396.
12. Toward Optimized Practice guideline: Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain, 2011. Sur Internet : http://www.topalbertadoctors.org/download/572/LBPGUIDELINESNov25.pdf?_20150414142359 (consulté le 14 avril 2015).

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.